

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Comes, Yamila; Stolkiner, Alicia

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE
UN GRUPO DE MUJERES POBRES

Anuario de Investigaciones, vol. XIII, 2006, pp. 211-219

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE UN GRUPO DE MUJERES POBRES

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH ATTENTION
RIGHTS IN A POOR WOMAN GROUP

Comes, Yamila¹; Stolkiner, Alicia²

RESUMEN

El OBJETIVO del trabajo es rastrear las representaciones del derecho a la atención de la salud en un grupo de mujeres pobres. Se utilizó una ESTRATEGIA METODOLÓGICA cualitativa, se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas y la técnica de mapa asociativo para el rastreo de representaciones. La construcción de categorías se realizó conforme a la Teoría Fundamentada. CONCLUSIONES: El núcleo central de la mayoría de los discursos pareciera abonar al concepto de igualdad sin embargo la definición de igualdad que sostienen denota correspondencia con posiciones teóricas del liberalismo que plantean “*a cada quien según sus necesidades esenciales*” y que se incluye en las formas actuales de la beneficencia. La construcción de ciudadanía plena basada en la garantía de los derechos sociales y humanos con carácter de igualdad y cobertura universal implicaría una transformación de estas representaciones.

Palabras clave:

Derecho a la salud - Representaciones sociales - Mujeres - Pobreza

ABSTRACT

The aim of this work is to study the social representations of the right to health attention of poor women selected by theoretical sampling. The methodology strategy is qualitative. Twenty five semistructured interviews were done and the associative map technique was applied. The construction of the categories was based on the Grounded Theory principles. Results: The central nucleus of most of the discourses is related with the equality concept. But this equality definition denotes correspondence with theoretical positions of liberalism related with charity concepts (“to every one according to his essential necessities”). The construction of a total citizenship based on the human and social rights guarantee with equality character and universal cover will need the transformation of this representations.

Key words:

Right to Health - Social representations - Women - Poverty

¹ Magíster en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. Beca de Doctorado en el proyecto P077. Profesora Adjunta de la Cátedra Salud Pública/Salud Mental II de la Facultad de Psicología. UBA.

² Diplomada en Salud Pública. UBA. Prof. Titular de la Cátedra Salud Pública/Salud Mental II de la Facultad de Psicología. UBA.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación forma parte de la Tesis de Doctorado de una de las autoras. Esta tesis cuenta para su desarrollo con una beca de investigación en la categoría de doctorado de UBACyT.

El proyecto de Beca se propone como objetivo rastrear las representaciones de Derecho a la atención de la Salud de un grupo de mujeres pobres del AMBA. Este trabajo se encuentra en su fase final y ya ha habido publicaciones previas de avance de resultados. Estos avances describían las categorías que fueron surgiendo del trabajo en terreno. En esta oportunidad se presentará un análisis articulando algunas de las categorías centrales con el fin de comprender los discursos que expresan las mujeres con relación a la idea de derecho a la atención de la salud.

La metodología propuesta para la construcción conceptual se basa en la Grounded Theory. (Strauss, A y Corbin J; 2002) En un primer momento se construyeron las categorías (codes) en función de los datos de entrevistas semiestructuradas. Después se describieron las mismas como forma de conocer cuales eran los significados que las mujeres atribuían a las diferentes dimensiones del Derecho a la atención de la Salud. Por último, se tratará de delinear algunas conclusiones sobre las representaciones del derecho a la atención de la salud. Se seleccionó a las mujeres debido a que en trabajos anteriores de investigación y revisión de literatura de sectores populares, surge que ellas son las principales responsables del cuidado de la salud del grupo familiar (Stolkiner y Otros, 2000)

Para el rastreo de representaciones, en cada entrevista se utilizó la técnica de “mapa asociativo” propuesta por Abric (Abric, JM; 1994) y no se obtuvieron los resultados esperados. La mayoría de las mujeres sentía inhibición a asociar entre conceptos. Expresaban definiciones pero en cuanto se solicitaba una asociación planteaban “no se me ocurre nada” o “nunca me puse a pensar honestamente en eso”. Por esta razón se trabajarán las concepciones que pudieron surgir de sus discursos sin realizar hipótesis interpretativas acerca de esta imposibilidad.

DESARROLLO

1. Subjetividad y procesos sociales: el concepto de representaciones sociales como nudo articulador

El estudio de las representaciones sociales ha sido uno de los fenómenos de mayor interés en los últimos tiempos en el área de la psicología social. Es común encontrar entre las distintas investigaciones la descripción del concepto teórico y la forma que adquiere en el objeto de estudio, sin hacer especial hincapié en los puntos de vista en que se basan las diferentes posiciones.

Estos puntos de vista resultan fundamentales ya que interpretan los hechos que se pretenden investigar.

Entre las teorías que nutren este concepto, se han desarrollado extensamente dos vertientes que son, además, quienes definen el método (cuantitativo o cuantitativo) y entre las que se encuentran entramadas las posiciones sobre la acción social de Durkheim y Weber.

Para Durkheim el objeto propio de la sociología, lo constituyen los hechos sociales (objetivables) y para Weber, la acción social (subjetiva).

Por lo tanto las teorías sobre las representaciones se empapan de estos puntos de vista epistémicos. Las teorías del cognitivismo social plantean los hechos sociales como objetivos, neutrales y empíricamente observables y las teorías de la acción social (sociología comprensiva) plantean el carácter subjetivo de la acción social y valorizan el sentido que los actores le dan a la misma. (Zepeda, J y Gonzales O; 2001)

Estas dos vertientes coinciden en un aspecto fundamental: la potencia del concepto para develar la articulación entre la subjetividad y “lo social”. Se aclara que las Representaciones sociales no constituyen un sinónimo del concepto de subjetividad pero sí un medio para acceder a la misma.

Si bien desde los aportes más ortodoxos del cognitivismo social los hechos sociales se suponen independientes de la psicología del individuo, esta posición no constituye la línea central de dicha escuela. Coexisten dentro del cognitivismo social otros autores que plantean que la representación social “*nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social*” (Jodelet, D; 1986) o que la representación social se preocupa de “*una modalidad de conocimiento particular, expresión específica de un pensamiento social*” (Herzlich C; 1975).

Desde la posición de la sociología comprensiva y la fenomenología se incluye este concepto como parte del proceso por el cual los sujetos individualmente construyen la realidad social. Estas representaciones forman parte del sentido común, esto es, el pensamiento espontáneo e ingenuo que se forma por medio de las experiencias, informaciones, conocimientos y modelos que nos llegan a través de la tradición, la educación y comunicación social, se trata de una “*elaboración social de la realidad que varía de una cultura a otra*” (Darnton, R; 1993). También en el caso de la “*nueva historia*”, desarrollada en Francia, en donde se trata de estudiar las relaciones entre los sistemas de creencias, de valores y representaciones con las pertenencias sociales, se plantea esta articulación que se expresa en la manera de cómo un hombre común y corriente se apropiá de las ideas y creencias de su época. (Zepeda, J y Gonzales O; 2001)

Otros autores (Ibáñez García, T: 1996) plantean que las representaciones sociales están en relación con las producciones discursivas y que estas son dependientes del contexto y formadoras de contexto. Esta doble relación con el contexto permite entender porqué las personas, dependiendo de los contextos discursivos en los

que se encuentren, pueden tomar una postura u otra, a veces contradictorias y permite entender porqué las personas a medida que van construyendo el contexto discursivo, a través de sus propias producciones discursivas, pueden ir variando su línea de argumentación. En este sentido, tanto representaciones como producciones discursivas, no se relacionarían de manera lineal con las prácticas. Tampoco se expresarían con una coherencia interna per se. Se trata de procesos pre conscientes y de ideas fragmentadas sobre la realidad (De Souza Minayo, M C; 1997) que también pueden expresar contradicciones desde la lógica racional.

Sin embargo, las representaciones no quedan atrapadas en el plano de "lo mental" sino que también tienen repercusiones en hechos prácticos. Esto sucede porque los sujetos comprenden e interpretan sus situaciones de manera particular y se organizan en relación (no lineal) a sus representaciones.

El estudio de las representaciones, en este grupo de mujeres será la forma de acercarse a las construcciones subjetivas sobre la idea de derecho a la atención de la salud.

2. El Derecho a la atención de la Salud como parte del concepto de Ciudadanía

Los derechos humanos se instalan mundialmente a partir de mediados de los años 40. "La guerra había terminado y los europeos se dieron cuenta de que la mejor solución para cerrar las heridas de la guerra era, precisamente, no cerrarlas e insistir en los derechos humanos para que no se repitiera lo sucedido con el nazismo y el holocausto" (Travieso J. A., 1996).

En 1945 se crea una Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, a la que se le confió la tarea de redactar una Carta Internacional de Derechos Humanos, definiendo los derechos y libertades mencionados en la Carta de las Naciones Unidas. La primera parte de esa carta fue aprobada el 10 de diciembre de 1948 cuando la asamblea general adoptó por unanimidad la Declaración Universal de los Derechos Humanos como "una norma de aspiraciones comunes a todos los pueblos y a todas las naciones". (Levin, 1981)

El concepto de derecho humano, integra dos significados fundamentales: el primero plantea que el hombre, por el solo hecho de serlo, tiene derechos inherentes e inalienables. Se trata de "derechos Morales" queemanan de la condición humana (Levin, 1981). El segundo es el concepto de derechos establecidos por la ley en virtud del proceso de creación del derecho en la sociedad tanto nacional como internacional. El fundamento de estos derechos es el consenso de los sujetos de tales derechos. (Levin, 1981)

Dentro de los derechos humanos, se ubica el derecho a la salud. Si bien, en general, el mismo goza de algún consenso mundial, hay autores dentro de la Filosofía del Derecho, que niegan la necesidad de garantizarlo.

Dichos autores, se inscriben en corrientes filosóficas y éticas del liberalismo más ortodoxo y lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo tanto la única obligación del Estado debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar su salud. Algunas de estas posiciones han servido de modelos para pensar sistemas sociales en distintas partes del Mundo. (Vidiella, G; 2000) En la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al status que se le otorga al Derecho a la Salud.

En este trabajo se tiende a acordar con los autores que lo consideran un derecho positivo (Rawls, J; 1971) (Rawls, J; 1999) que se expresa como derecho a la atención de la salud ya e involucra el accionar de terceros para garantizarlo (Vidiella, G. 2000)

El derecho a la salud forma parte del concepto de justicia social que es definida por Rawls como "*el modo en que las instituciones sociales mas importantes distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social*". (Rawls J; 1971)

En la teoría de Rawls es claro el papel distributivo que implica la noción de justicia. "Una concepción de la justicia social ha de ser considerada como aquella que proporciona, en primera instancia, una pauta con la cual evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad" (Rawls J; 1971). "*Todos los valores sociales -libertad, oportunidad, ingresos y riqueza y las bases del respeto a si mismo- deben distribuirse igualmente a menos que una distribución desigual de cualesquiera y de todos estos bienes sea ventajosa para todos*" (Rawls J; 1971)

El derecho a la salud no se encuentra directamente garantizado en ningún artículo de la Constitución Argentina, mas bien surge indirectamente del art. 42, el 14 bis y el 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, especialmente este último porque da "*jjerarquía constitucional*" a algunos tratados que lo definen así: "Toda persona tiene derecho a que su salud, sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda, y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad". (Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre", art. 11). "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar..." ("Declaración Universal de Derechos Humanos", art. 25). "*Los Estados parte en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*". (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,art.12).

En síntesis; el concepto de derecho a la atención de la salud es una construcción social, producto de un consenso mundial ante la situación social, política y económica de la posguerra. La garantía de este derecho requiere del compromiso de un Estado en la definición y

alcances que se le puedan atribuir. No existe un listado de tópicos a cubrir sino que más bien depende de los gobiernos asumir la responsabilidad en la forma, la cantidad y la calidad en que se distribuya en la población. Los derechos humanos y entre ellos el derecho a la atención de la salud se encuentran íntimamente relacionados con el concepto de ciudadanía.

La Ciudadanía moderna surge en el contexto de desarrollo de los Estados modernos, la idea de sujeto como sujeto con "deberes hacia el soberano" va dejando lugar a la categoría de Ciudadano como sujeto de "derechos". "Ciudadano es el que tiene derecho a cumplir los actos que resultan en la constitución del poder de las instituciones estatales, en la elección de gobernantes que pueden movilizar los recursos de aquellas y reclamar obediencia, y la pretensión de recurrir a procedimientos jurídicamente pre establecidos para ampararse de intrusiones que considera arbitrarias". (O'Donnell, G. 1984)

"La ciudadanía es un status que garantiza a los individuos igualdad de derechos y deberes, libertades y restricciones, poderes y responsabilidades (Held, D. 1997). Consiste en asegurar que cada cual sea tratado como un miembro pleno de una sociedad de iguales. La manera de asegurar este tipo de pertenencia consiste en otorgar a los individuos un número creciente de derechos de ciudadanía" (Kimlika, W. Y Norman, W. 1997).

En 1952 en una Conferencia en la Universidad de Cambridge, Theodore Marshall disertó sobre el concepto de derechos sociales y la expansión de la ciudadanía y luego esto fue parte de su ensayo sobre Ciudadanía y Clase social, hoy convertido en un clásico. (Bustelo y otros, 1999)

Este autor define Ciudadanía como "plena pertenencia a una comunidad". "La ciudadanía es un estatus que garantiza a los individuos iguales derechos y deberes, libertades y restricciones, poderes y responsabilidades" (Marshall, Th; 1965).

Los componentes de la Ciudadanía, dicho autor los divide en tres: derechos Civiles o derechos de la libertad individual, los derechos Políticos o los derechos que dan la posibilidad de participar en el ejercicio del poder político y los derechos Sociales como la gama de derechos que va desde "un mínimo de seguridad y bienestar económico hasta el de llevar a cabo la vida de un ser civilizado conforme a las normas prevalecientes en una sociedad" (Marshall, Th; 1965).

Marshall plantea que la Clase social "erosiona y limita la capacidad de la ciudadanía para crear accesos a los recursos escasos y la participación en las instituciones que determinan su empleo y distribución. La Clase y ciudadanía son principios de organización opuestos: son básicamente tendencias contradictorias" (Held, D; 1997) por lo tanto la desigualdad provocada por la sociedad de Clases puede ser contrarrestada por el desarrollo exitoso de los derechos de la Ciudadanía demo-

crática.

La Ciudadanía es un proceso que se encuentra en construcción permanente, con avances y retrocesos según el contexto político-social.

Bustelo, (Bustelo, E; 1999) refiriéndose al modelo económico-político basado en el acatamiento de las políticas del Consenso de Washington (Williamson, 1996) como es el caso de la Argentina de los '90, plantea que se ha construido un modelo de Ciudadanía Asistida con algunas características diferenciales a la Ciudadanía que se otorgaba en el contexto de los Estados proteccionistas.

El autor realiza, un resumen del modelo de ciudadanía hegemónico en Argentina en este momento histórico. "La ciudadanía es concebida esencialmente como de naturaleza civil, La ciudadanía política es sólo de derechos formales, principalmente el derecho a elegir y ser elegido. Los derechos sociales no son demandables en un sentido positivo a menos que tengan una base contributiva... Los derechos sociales en el caso de que sean asimilables a servicios sociales están sujetos a la disponibilidad de recursos....no hay preocupación por la distribución del ingreso y la riqueza ya que las desigualdades son naturales y fruto del triunfo de los mas aptos. Por lo tanto las políticas sociales deben concentrarse (focalizar) sobre la pobreza y los grupos socialmente mas vulnerables" (Bustelo, E; 1999).

3. Modelos de asistencia al carenciado y subjetividad: Entre el Derecho y el asistencialismo estatal

En el marco de un modelo de ciudadanía asistida (Bustelo y Otro; 1999) los discursos y prácticas sobre el derecho a la atención de la salud difieren del concepto de Marshall y de las posiciones que expresan la necesidad de redistribución del ingreso y la equidad.

Los programas sociales en la actualidad, anuncian en su retórica la necesidad de contribuir hacia la construcción de la ciudadanía plena, sin embargo tienen como características sobresalientes, entre otras, "la pasividad, la recreación de un tipo de subjetividad que se rige desde la lógica del instante y de las expectativas recordadas" (Cardarelli y Roncenfeld; 2005).

Estos programas basan su filosofía en el concepto de altruismo y voluntariado social. Las instituciones de salud, como parte de las políticas sociales producen discursos simbólicos particulares y dan forma desde ahí a los marcos de funcionamiento institucional. La retórica discursiva de los programas en general, aparece enmarcada en conceptos progresistas sobre la ciudadanía, la participación comunitaria y el empoderamiento social, sin embargo en las prácticas de los mismos subyace la idea de ciudadanía asistida, es decir, que los pobres deben ser asistidos en su desarrollo. Estas prácticas apuntan a transferir mayor cantidad de competencias pero no a romper con la lógica de la inmediatez ni la beneficencia. (Cardarelli y Roncenfeld; 2005).

El asistencialismo estatal, se fue entramando con paquetas clientelares que, fueron creando escenarios cada vez mas desarticulados para la participación social y la organicidad (Gabeglio y Manero, 1998). Desde este punto de vista, el ciudadano aparece más como un consumidor que como un sujeto de derechos (Cardarelli y Ronsenfeld; 2005). Este modelo va de la mano de las políticas focalizadas en grupos vulnerables y es contrario al criterio de políticas universales.

Este asistencialismo se transmite desde discursos y prácticas, con un modelo de salud basado en la caridad que, a diferencia de la filantropía que opera por medio del consejo, basa su figura en el donativo (Donzelot, J; 1990) y esta característica, la ubica como opuesta al Derecho (Perelman, Ch; 1964).

Las redes clientelares, por su parte, también producen y son productoras de subjetividad; existen como esquemas de apreciación, percepción y acción en las estructuras mentales de los sujetos involucrados en las relaciones de intercambios, en tanto son distribuidoras de bienes y servicios a cambio de lealtades políticas, apoyo y votos. (Gunes-Ayata, A; 1997)

Los discursos que afirman la necesidad de garantizar los derechos humanos y la ciudadanía plena, así como los del asistencialismo, la caridad y el clientelismo político, entramados entre sí de forma compleja y actuando simultáneamente, van prefigurando fragmentos de realidad que, tramitados por las interpretaciones subjetivas de este grupo de mujeres debajo de la línea de pobreza configuran ideas con relación al derecho a la atención de la salud.

Las mujeres entrevistadas, han incorporado fragmentos de esta realidad entramada que, a la hora de dirigirse a un servicio de salud constituyen la base de estrategias y modos de vincularse. Estas representaciones que surgen de sus discursos, se imbrican también con representaciones de género, grupo, clase social y otras. Desde este punto de vista, se analizan las representaciones sociales sobre el derecho a la atención de la salud de las mujeres por debajo de la línea de pobreza, desde la idea de que las representaciones expresan de forma particular, la relación de este grupo de mujeres a lo largo de su vida con el mundo social que las ha moldeado.

4. Representaciones del derecho a la atención de la salud de las mujeres seleccionadas

Para rastrear las representaciones se realizaron entrevistas a 25 mujeres , residentes en capital o conurbano, que se encontraban por debajo de la línea de pobreza y que estaban a la espera de atención ambulatoria para ellas o sus hijos , en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

La selección de las entrevistadas se realizó mediante un muestreo teórico (Goetz, JP y Lecompte, MD; 1988). La categoría que definía el muestreo era la de inclusión de ellas en alguna instancia de participación social.

Esta decisión fue tomada sobre la base de que la posición activa frente a la garantía de derechos podría ofrecer modelos distintos para definir el derecho a la atención de la salud, especialmente cuando, en investigaciones anteriores donde participaron las autoras, las representaciones provenían de modelos asistencialistas más que de construcción de ciudadanía plena.

Se accedió a las mujeres en la sala de espera de los hospitales. Se estableció el contacto indagando la posibilidad de concretar una entrevista con desayuno en el bar, y preguntando grado de participación social de las mismas. Al finalizar la entrevista, se les preguntaba acerca del ingreso y se construía, en base a la composición del hogar, el sexo y edad de los habitantes del mismo, la línea de pobreza sobre datos del INDEC. Algunas entrevistas tuvieron que ser descartadas porque las mujeres no entraban en la categoría de "pobres". Dos mujeres con participación en salud, por debajo de la línea de pobreza y usuarias de hospitales estatales (ya que las que había eran pocas) fueron contactadas a partir del sistema de "bola de nieve" (Goetz, JP y Lecompte, MD; 1988)

La metodología para el rastreo de representaciones se inicia con la solicitud de una primera asociación sobre el concepto base del estudio, "*derecho a la atención de la salud*". En virtud de la respuesta, se solicita una segunda asociación entre el concepto base y la primera asociación. Esto se repite dos veces más y da como resultado cuatro asociaciones.

Esta técnica no pudo desarrollarse totalmente, debido a que las entrevistadas mostraron dificultades para adecuarse a ella, mostrando reticencia para desarrollar las asociaciones solicitadas. Tal dificultad parece deberse a factores culturales que inhibirían el curso de generación de la cadena asociativa en el contexto de la técnica aplicada. Pareciera que la situación las hacía sentir en un examen y reemplazaban las asociaciones por comentarios acerca de su "ignorancia" Sin embargo, en cuanto se indagaba el tema indirectamente en el transcurso de una entrevista semiestructurada las asociaciones eran muy ricas.

En líneas generales, los discursos estuvieron orientados a definir al derecho como de atención de la enfermedad. Si bien no existe acuerdo operacional, entre autores ni gobiernos, sobre qué tópicos abordaría la atención de la salud, se podría argumentar que la salud incluye categorías que exceden la enfermedad y, en este grupo de mujeres surgió fundamentalmente asociado a la reparación de la salud perdida.

Se detallan a continuación, las principales categorías encontradas:

IDEAS DE IGUALDAD: A todos por igual

De las que expresaron asociaciones, surge un concepto en la mayoría de las respuestas; es la palabra TODOS "todos necesitamos derecho a la salud"..." "abarca todo"..." "es un derecho de todos"..." "todos tienen dere-

cho".... "es todo".... "tendríamos que tener todos"

El concepto de todos alude a una categoría que engloba a un conjunto colectivo. Por lo tanto podría entenderse que, la mayoría de estas mujeres, asocia este concepto con el colectivo de la población "*todos tienen derecho*" y con la universalidad de la cobertura "*abarca todo*".

Lilien asocia el derecho con que "*todos tengamos el mismo derecho, desde el mas de abajo al de más arriba que sea atendido de la misma forma*" y por lo tanto hace referencia a la universalidad de la cobertura y a la igualdad entre individuos.

ORIGEN INDIVIDUAL DEL DERECHO: a cada cual según sus roles sociales

También otras lo asocian con categorías de orden individual "*es una obligación traer a los chicos al médico*" "*es responsabilidad*" *y es conciencia*" fueron las tres asociaciones de Claudia. Elisa lo asocia a derechos adquiridos mientras enuncia que un jubilado los posee mientras que un piquetero no debería y que se adquiere por ser asalariado, viejo o discapacitado. "*la juventud no, a menos que sea discapacitado o que tenga una enfermedad incurable*"

IDEAS DE LA BENEFICENCIA: a cada cual según su carencia

Elisa, Laura y Alicia lo asocian con la bondad "*bien atendido, con bondad*" "*en el hospital son buenos, me tratan con bondad*". El concepto de bien significa "*aquejillo que en sí mismo tiene el complemento de la perfección en su propio género, o lo que es objeto de la voluntad*" y la bondad sería "*la inclinación a hacer el bien*" (Diccionario de la Real Academia Española; 2005) Las ideas del bien y la bondad, propias de lo divino, remiten al pensamiento religioso. La beneficencia como "*virtud de hacer el bien*" es la base del asistencialismo social. Dentro de la lógica asistencial, se observa una relación asimétrica, donde quien "tiene" (asistente) provee a quien "no tiene" (asistido) por lo tanto el criterio que se desprende de estos discursos es que a cada cual según su carencia.

5. Diversidad y contradicciones teóricas como base de las representaciones de las entrevistadas

En general, las entrevistadas expresan numerosas contradicciones en sus discurso, es decir, que lo asocian con una situación, que remite a un concepto teórico y en otro fragmento expresan categorías diferentes al concepto teórico que lo incluyó precedentemente.

Gran parte de las mujeres hablan sobre la idea de solidaridad entre los que tienen y los que no tienen (dinero, recursos, etc). Se muestra como paradigmático el discurso de Nelly que asocia derecho a la atención de la salud con "*obligación del pueblo para el pueblo*" sin embargo expresa que si bien es para todo el mundo, "*sí se puede pagar, se paga y si no te tienen que dar igual*". Es decir, expresa la idea de universalidad y de focalización al mismo tiempo y esboza un criterio que ha surgi-

do con bastante frecuencia en este grupo de mujeres: la idea de redistribución. Estas mujeres, imaginan la redistribución, no desde el estado sino desde el esfuerzo personal y solidario individual.

María asocia con derecho a la atención de la salud "*todos lo necesitamos.... creo que es todo.... abarca todo*" sin embargo en otro tramo de la entrevista, hablando de la colaboración comenta "*me parece justa*". El concepto de justicia en el pago de la colaboración (voluntaria) es contradictorio al derecho a la atención de la salud. Si se paga, ya no es todo por la vía del derecho. Es más, expresa que los medicamentos los tendría que comprar cada uno ya que "*la situación en los hospitales está difícil*" (las entrevistas fueron realizadas previas al programa nacional de entrega gratuita de medicamentos, del año 2004 denominado "*Plan Remediár*") por lo tanto, cuando ella puede comprar "*no pide*" y en este contexto parece que pedir fuera la forma de ejercer este derecho a todo.

En estos discursos se aprecia una inexistencia de idea del Estado como instancia de redistribución y, por ende, lo "*justo*" es que el que tiene pague, estableciéndose así un criterio de redistribución espontánea. Esto se afirma con el comentario de Carolina cuando expresa hablando de la colaboración: "*si le vuelve a la gente está bien*". Resultan interesantes las palabras que, además de María, otras mujeres eligen para el acceso a la cobertura. Utilizan en sus discursos la idea de "*dar*". "*En el hospital te tiene que dar*"... "*el gobierno te tiene que dar*".... "*me tienen que dar los remedios*" y el "*pedir*" es nombrado como una estrategia para acceder a insumos o consultas "*en la salita no puedes pedir remedios porque no hay*" "*debo pedir a la gente que me ayude a comprar remedios*". El *dar* significa "*donar*" (Diccionario de la Real Academia Española, 2005) y el *pedir* significa "*rogar o demandar a alguien que de o haga algo de gracia o de justicia*" (Diccionario de la Real Academia Española, 2005). Estos términos marcan diferencias con el "*corresponder*", que significa entre varias acepciones la idea de "*pertenecer*" (Diccionario de la Real Academia Española, 2005). El pertenecer a una sociedad de iguales ya establece, en la Argentina, la garantía del derecho. En vez de pedir o dar, en el discurso del derecho, la relación es de correspondencia. Es evidente que tanto el donar o el rogar o demandar expresan posiciones asimétricas entre sujetos desiguales; uno que tiene recursos de poder y otro que carece de ellos. María expresa que "*en el hospital nunca pagué un centavo, únicamente es ahora mas que nada la colaboración que me parece bien, me parece justo*". Esto significa que ha pagado. Sin embargo la diferencia radica en que el pagar un servicio es coercitivo y la colaboración es a voluntad.

Esto también lo expresan otras mujeres cuando se refieren a la colaboración, la misma aparece absolutamente disociada de la pregunta por el pago y tiene que

ver con posicionarse como benefactoras del hospital (que además lo ubican en el lugar de la pobreza). La coerción por el pago del servicio representa una situación de injusticia para los que no tienen dinero (expresa la mayoría) mientras que la beneficencia con el hospital las ubica en un lugar de altruismo y de ejercicio de la asimetría en la posición inversa a las que están acostumbradas a sentirse (en general son las que no pagan los servicios porque no pueden, mendigan para conseguir medicamentos y a veces se dejaron enfermar por no poder pagarlos).

Haciendo el ejercicio de fantasear la posibilidad de poseer el poder económico como para pagar la cobertura del hospital, todas las entrevistadas no dudan en contestar “*si pudiera pagaría*”, expresando de esta manera el deseo de donar su aporte.

Carolina opina que “*Derecho a la salud tendríamos que tener todos, la parte de salud cubierta, sin importar edad, sexo, religión, porque ahora por ahí tienen mucho peso, tendríamos que tener igualdad*”, sin embargo cuando se refiere al cobro de colaboración expresa que le parece bien porque “*si vuelve a la gente está bien*”. Ella comenta que compra unos medicamentos “*carísimos*” y que el hospital se los consigue cada tanto. Cuando ella puede comprarlo lo devuelve y eso le parece que está bien. Es decir, no entra en contradicción con la opinión de derecho a la salud como “*la parte de la salud cubierta*”. La cobertura en esta última frase se expresa en un tiempo impersonal sin embargo cuando se le pregunta por el responsable de la misma no titubea en citar al gobierno.

Claudia también expresa contradicciones en su discurso ya que asocia al derecho a la atención de la salud con “*es una obligación llevar a los chicos al médico*”, con la “*responsabilidad*”, “*conciencia*” y con que “*todos tienen que tener derecho a la atención médica*”, es decir cabalga entre conceptos de responsabilidad individual y colectiva (lo individual parece estar ubicado en la responsabilidad y lo colectivo en el derecho). Cuando se indaga por la cobertura comenta que la responsabilidad de la misma es de la familia, el acceso a los medicamentos también y que “*está bien pagar el bono porque es colaborar con el hospital*”.

Elena es otra de las que expresa contradicciones, ella asocia con el siguiente comentario “*yo pienso que derecho porque es público, supongo que es por eso, que uno puede ir a hacerse atender sin que le digan vive acá, vive allá, que lo discriminén*”. Ella relaciona derecho con la posibilidad de atenderse, sin embargo, con relación a la cobertura de medicamentos expresa que si puede pagarlos “*no está bien que se los dé el hospital*”. Por lo tanto quien tendría que discriminar sería la el Estado en última instancia, entre quienes pueden y no pueden pagarlos. Si el derecho significa el hacerse atender sin que lo discriminén, en otro fragmento apoya la discriminación en el sentido de una redistribución indi-

vidual y espontánea y no proveniente desde el Estado. Aquellas mujeres que plantean la idea de derecho como la “*buenas atenciones*” o “*derecho a ser atendidos bien*”, no expresan tantas contradicciones ya que el acceso discriminado no entra en interferencia con la buena atención, son dos categorías que pueden coexistir lógicamente juntas o separadas.

CONCLUSIONES

Estas mujeres expresan en sus discursos, fragmentos sobre la construcción del derecho a la atención de la salud, en congruencia con el contexto en el que desarrollan sus vidas. Estos fragmentos forman parte de la subjetividad de las mismas y son los que orientan el vínculo particular que ellas establecen con el Sistema de Salud del cual forman parte.

Entre los discursos construidos sobre el derecho a la atención de la salud figuran los que lo proclaman como un derecho humano, y que contribuye a la garantía de la ciudadanía en una comunidad de iguales. El mecanismo de redistribución de las riquezas de un Estado sería el camino de la justicia social y la salud podría garantizarse con cobertura universal bajo la idea de un criterio redistributivo. Estos modelos plantean formas de ciudadanía plena (Bustelo, E; 1999) donde hay garantía de todos los derechos sociales.

También se enuncian otros, desde el liberalismo más ortodoxo, que niegan la cobertura universal ya que atentarian contra la libertad de elección propia del modelo liberal y los mismos plantean la focalización de acciones en poblaciones sin recursos más al modelo de la caridad que de la redistribución social como mecanismo generador de igualdad desde el Estado. Estas posiciones van de la mano de modelos de ciudadanía asistida.

Los planes y programas sociales y, entre ellos los de salud, desarrollados en Argentina en la última década, conllevan en sus enunciados criterios de ciudadanía plena sin embargo entre sus acciones se encuentran prácticas nacidas del modelo asistencialista y caritativo y la adjudicación de los mismos se realiza desde una lógica clientelar. Forman parte de este modelo todos los programas basados en la beneficencia y el altruismo, propios de la caridad social y del modelo religioso cristiano occidental. Estos modos de vincularse con las poblaciones pobres, demarcan relaciones asimétricas entre individuos y rompen con el concepto de igualdad social. Existen quienes tienen poder y debido a su carácter altruista reparten bienes y/o servicios a quienes carecen. Esto se complejiza más si se le agrega el donativo en carácter de favor a cambio de votos o apoyo militante.

Este grupo de mujeres que sus hogares se encuentran por debajo de la línea de pobreza han construido teorías acerca del derecho en las que se entremezclan fragmentos de todos estos discursos en simultáneo.

El núcleo central de la mayoría de los discursos pareciera expresarse de la siguiente manera: "El derecho a la salud tiene que ver con la cobertura universal y con la igualdad (referidos en ambos casos por la palabra TODOS), sin embargo y como posición solidaria, aquellos que tienen posibilidad de pagar todo o parte de las prestaciones, deben (es justo) pagar para dejar lugar a aquellos que no tienen esta posibilidad debido a su condición de pobreza".

Es el deseo de todas poder ocupar el lugar de "*quien tiene dinero para pagar*" y contribuir con la colaboración, si esta se expresa como tal. Si lo que sucede es un cobro coercitivo, estarán en desacuerdo.

El acuerdo con la focalización de las políticas (el que no pueda que no pague pero el que pueda que lo haga) se plantea en términos de solidaridad y abona al concepto de redistribución de las riquezas pero no como acto de Estado sino como acto espontáneo de dichas mujeres.

La posición deseada o desarrollada cuando se pueden dar las circunstancias de colaborar con el hospital, las ubica en una relación de benefactor-carenciado y esto también forma parte del mecanismo de redistribución solidaria y espontánea, en este caso no con otras mujeres sino con el hospital.

La idea de que el derecho es para todos sin embargo algunos "tienen mas derecho" también va de la mano de la redistribución y no constituye un deseo de desigualdades en términos sociales o de egoísmo.

Las palabras utilizadas para acceder a la cobertura total de sus necesidades de salud son las de "dar" o "pedir" y estas denotan relaciones asimétricas con la institución, donde quien tiene el poder de otorgar sería la misma. Este vocabulario dejaría en evidencia la falta de ideas sobre las garantías constitucionales y las implicancias de pertenecer a una sociedad de iguales (en ninguna entrevista se expresa la idea de correspondencia).

Se podría argumentar que la igualdad se encuentra en la base de sus expresiones no obstante la definición de igualdad guarda cierta correspondencia con autores del liberalismo que plantean que es equitativa o justa, aquella sociedad en la cual las instituciones de la misma se estructuran de modo tal de que obtienen el mayor balance neto de satisfacción entre los individuos.... "*No hay razón para no sacrificar el bienestar o la libertad de algunos si con esto se logra un mayor bienestar para muchos*"... (Vidiella G, 2000). Esta forma de justicia distributiva es la que Perelman (Perelman Ch; 1964) denomina "*a cada quien según sus necesidades esenciales*" y la incluye en la forma de la beneficencia.

Estas mujeres han construido sus discursos de esta manera particular y pondrán en juego los mismos a la hora de definir dentro y fuera de su grupo conviviente, sus prácticas de salud.

La construcción de ciudadanía plena basada en la garantía de los derechos sociales y humanos con carácter

de igualdad y cobertura universal implicaría una transformación de estas representaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean Claude (1994) Prácticas sociales y representaciones (Traducción al castellano: Boccia, Amanda Concepción, 11 de Septiembre de 1995)
- Ayse Gunes-Ayata (1997): Clientelismo: premoderno, moderno y posmoderno en ¿Favores por votos? - *Estudios sobre clientelismo político contemporáneo* - Javier Auyero (Comp.) - Buenos Aires - Losada
- Bustelo y Otro (1999): La política Social esquiva en Revista de Ciencias Sociales Nro 6 - 1999 en <http://200.5.196.245/argiropolis/d...tigacion/publicaciones/CS/6/1a.htm>
- Cardarelli y Ronsenfeld (2005): Con las mejores intenciones. Acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales en *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y objetividad* - Silvia Duschatzky (Comp.) - Buenos Aires - Paidós
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires - 1996 - Ciudad de Buenos Aires
- Constitución de la Nación Argentina -1994 - Sta. Fe Paraná.
- Darnton, R (1993): *la gran matanza de los gatos y otros episodios en la historia de la cultura francesa*. Sección de obras de historia, México, FCE
- De Souza Minayo MC (1997): *El desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud* - Buenos Aires. Lugar Editorial
- Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre en la Constitución Nacional Argentina - Paraná 1994.
- Declaración universal de los Derechos humanos, París 1948 en Constitución Nacional Argentina - Paraná 1994.
- Diccionario de la Real Academia Española en www.rae.es Diciembre de 2005.
- Donzelot, J; (1990): La conservación de los hijos del libro *La policía de las familias* - Valencia - Editoria Pre Textos.
- Goetz, JP y Lecompte, MD. (1988) "Selección y muestreo: el comienzo de la investigación etnográfica"Del Libro Etnografía y diseño cualitativo en Investigación educativa. Editorial Morata. Madrid
- Held, D. (1997) Ciudadanía y Autonomía en Revista de estudios sobre el Estado y la Sociedad. Buenos Aires, octubre.
- Herzlich, Claudine (1975) La representación social: sentido de concepto, en S Moscovici del libro: *introducción a la psicología social*. Barcelona Planeta.
- Ibáñez García, T(1996): Fluctuaciones conceptuales. Del libro: *En torno a la postmodernidad y la psicología* - Caracas - Universidad Central de Venezuela - Facultad de Humanidades y Educación - Comisión de Estudios de postgrado
- Jodelet, D (1986) La representación social: fenómenos, conceptos y teoría en el libro: *Psicología Social II* (Comp. S Moscovici) - Barcelona - Paidós
- Kymlicka, W. Y Norman, W. (1997): El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente de la teoría de la ciudadanía. En: La Política #3. Revista de Estudios sobre Estado y Sociedad. Número 3. Octubre. Buenos Aires
- Levin, (1981): *Derechos Humanos. Preguntas y respuestas*. París - Ediciones de la UNESCO.
- Marshall Th (1965): *Class, Citizenship and social development*. USA - Anchor Books Edition,
- O'Donell, G. (1984): *Teoría de la Burocracia Estatal*. Comp: O Ozlak. Ed. Paidós. Bs. As.
- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Constitución Nacional Argentina - Paraná 1994.
- Perelman Ch. (1964): *De la Justicia*. Cuaderno 14 - Buenos Aires
- Centro de Estudios Filosóficos.
- Rawls J. (1971): *Teoría de la Justicia*, FCE méxico, 1993
- Rawls J: (1999): *El derecho de Gentes* . Barcelona - Ed. Paidós.
- Stolkiner y Otros, (2000): Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro *La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*", Buenos Aires - Ed. Dunken
- Strauss A y Corbin (2002): *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia - Editorial Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia .
- Traviesso J. A (1996). *Los Derechos humanos en la constitución de la república Argentina*. Buenos Aires, Eudeba
- Vidiella G (2000): *El Derecho a la Salud* - Buenos Aires - Ed. Eudeba
- Williamson (1996):*The Washington Consensus Revisited Development Thinking and Practice Conference*, IDB, Washington DC.
- Zepeda, J y Gonzales O (2001) La representación social, teoría, método y técnica en el libro *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (Coord. María Luisa Tarres) México D.F - FLACSO sede México.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 6 de junio de 2006